

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

416

Année 1908

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1908, à 1 heure

Par Eugène NOUHAUD

Ancien externe des hôpitaux de Paris

RAPPORTS

ENTRE

LA CHORÉE ET L'HYSTÉRIE

Président : M. HUTINEL, professeur

*Juges : } MM. THOINOT, professeur;
 } GOUGET et CLAUDE agrégés.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
Clinique médicale	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale	HUTINEL.
Clinique ophtalmologique	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	BERGER.
Clinique thérapeutique	RECLUS.
	SEGOND.
	De LAPERSONNE.
	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DU VAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de mon affection.

A MON FRÈRE

A MA TANTE AGATHE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE D^r L. BABONNEIX

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE A LA FACULTÉ

*Qui nous a donné l'idée de ce travail, nous a aidé
de ses conseils et nous a permis d'utiliser les
observations qu'il possédait : nous le prions
de recevoir nos remerciements et l'expression
de notre reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153314_0016

INTRODUCTION

De nombreuses théories ont été échafaudées pour expliquer le mécanisme pathogénique de la chorée de Sydenham et aucune, après avoir joui d'une certaine faveur, n'est restée incontestée : parmi ces théories si variées, quelques-unes offrent une plus grande apparence de vérité et sont encore soutenues aujourd'hui par certains auteurs :

Aucune cependant n'explique la totalité des faits d'une façon satisfaisante et ne fournit une solution décisive du problème pathogénique :

Notre but n'est pas de passer en revue et de discuter toutes ces théories, mais de montrer quels rapports étroits existent non seulement entre la chorée rythmique dite chorée hystérique et l'hystérie pure, mais encore entre cette dernière et la chorée de Sydenham : nous tâcherons de montrer que si l'hystérie peut prendre la forme d'une chorée arythmique ressemblant à s'y méprendre à la danse de Saint-Guy,

on peut par certains signes dont s'est enrichie la symptomatologie dans ces dernières années et par la notion de signes concomitants séparer les deux névroses; et que si la chorée de Sydenham relève parfois de l'hystérie et est créée par elle, il arrive que les deux affections évoluent distinctement et que, selon le mot de Charcot, il n'y a pas d'antagonisme entre les deux névroses.

La littérature médicale nous fournira de nombreux exemples de chorée hystérique rythmique, forme qui a été isolée par Charcot dès 1878 et décrite par lui dans ses différentes variétés; nous aurons à dire comment elle apparaît et comment elle évolue.

Nous devons ensuite mettre en relief la chorée hystérique arythmique, dont l'histoire date surtout de la communication de M. Debove à la Société médicale des hôpitaux en 1890; montrer ses rapports avec la chorée de Sydenham et essayer d'en établir le diagnostic différentiel.

Notre plan se trouve donc ainsi conçu :

1° Aperçu historique.

2° Rapports de la chorée de Sydenham avec l'hystérie.

3° Chorée hystérique rythmique et ses variétés.

4° Chorée arythmique hystérique.

5° Essai d'un diagnostic différentiel entre l'hystérie et la chorée.

6° Conclusions.

Nous devons dire enfin que nous n'avons en vue que la chorées de Sydenham et que nous éliminons

ce qu'on est convenu d'appeler avec Lannois (1) les pseudo-chorées, c'est-à-dire les chorées électriques, le tic de Salaam, chorée molle, chorée variable, etc.

1. LANNOIS. Thèse d'agrégation. *Nosographie des chorées*, 1886.

APERÇU HISTORIQUE

Pris dans son sens étymologique, le mot *chorée* veut dire *danse*, car il vient du grec χορεία, danse, et c'est avec cette acception qu'il fut employé primitivement. Au point de vue historique, le nom de danse de Saint-Guy, *chorea sancti viti*, s'appliqua tout d'abord à ces singulières affections épidémiques du moyen âge dont un des caractères principaux était justement une danse désordonnée et frénétique que l'intervention des saints, et surtout de saint Guy, semblait seule pouvoir arrêter. Quelle était la nature de ces « épidémies dansantes » qui, à plusieurs reprises, sévirent en différents pays, épidémie de 1374 à Aix, à Cologne, à Metz, à Liège ; épidémie de 1418, qui reparut à Strasbourg et s'étendit de là à la Haute-Alsace, la Bavière et la Bohême. Nous n'avons que des descriptions faites par les chroniqueurs du temps ; reflet fidèle des croyances populaires, elles peuvent servir à tracer un tableau pittoresque de l'époque, mais elles n'ont pas de valeur scientifique. Les premières

descriptions médicales qui datent de 1550, présentent également des exagérations et des contradictions, mais où le merveilleux occupe déjà moins de place : cependant « s'il y avait parmi les danseurs, des hystériques, des démonomanes, des épileptiques, rien ne dit qu'il n'y eut des choréiques vrais. Il est probable, presque certain même, que plus d'une fois un cas isolé et réel a été le noyau de formation d'une bande (1). »

Ainsi, malgré la présence de cas pathologiques nombreux, aucune recherche n'est faite pour avoir une donnée scientifique exacte ; l'époque est trop entachée de mysticisme et de religiosité ; on les explique par l'intervention des mêmes puissances, par l'action démoniaque, on exorcise, on a recours à des pèlerinages et l'intervention de saint Guy est demandée pour la guérison. Malgré les efforts de Paracelse qui combat avec énergie le mysticisme contemporain, et des médecins dans la suite, il faut arriver jusqu'à Sydenham (1688) pour voir la confusion disparaître : « La chorea sancti viti, dit l'auteur anglais, est cette espèce de convulsions que l'on rencontre le plus souvent chez les enfants des deux sexes depuis la dixième année jusqu'à l'âge de la puberté. »

Après lui, Richard, Mead, Cullen, confirment ces recherches, mais l'explication des faits cliniques reste sans valeur et Mead, une fois arrivé à l'étiologie, s'il

1. RAYMOND. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article « Danse de Saint-Guy ».

ne parle plus de l'influence des démons, accorde une part d'influence aux phases de la lune.

Au XIX^e siècle, l'histoire de la chorée change de phase. Le mémoire de Bouteille fit connaître l'affection et l'auteur en distingue trois variétés — *chorée essentielle, chorée secondaire, chorée fausse* — il ne donne pas de définition, mais Berndt la range dans les maladies chroniques. Dès ce moment, la symptomatologie est établie, l'étiologie est creusée, la pathogénie occupe les auteurs. De nombreuses théories sont édifiées sur l'observation, les faits cliniques et les statistiques ; ainsi l'hypothèse psychologique de Struges basée sur les modifications de l'état mental sous l'influence d'excitations intellectuelles ; la théorie embolique de Senhouse, de Kirkes, de Jackson ; la théorie dyscrasique de Bouchut, la théorie du réflexe de Spiegelberg.

Tout cela s'inspire de données acquises par un examen approfondi du malade et « le défaut qu'on y observe et qui fait chanceler l'édifice, c'est la généralisation de cas restreints à la causalité de toute une maladie : sans doute, nervosité extrême, changement d'humeur, anémie, souffle cardiaque, sont l'apanage fréquent du choréique ; mais ils sont l'effet de la maladie elle-même ou bien ils n'ont qu'une relation de coïncidence avec elle (1). »

Une théorie qui rallia plus tard les suffrages de la plupart des médecins fut édifiée par Germain Sée et

1. Thèse AUBRY, Toulouse.

la conception de l'origine rhumatismale de la chorée date du mémoire de Sée à l'Académie de médecine, en 1850 ; cet auteur relève les faits de la préexistence, de la coexistence et de l'apparition dans la suite du rhumatisme chez les malades atteints de chorée. Il établit que sur deux cas de chorée, une au moins est rhumatismale et que sur deux enfants rhumatisants, un au moins est choréique : de plus, en fouillant l'hérédité de tout choréique, il retrouve la diathèse rhumatismale : Roger, Cadet de Gassicourt et toute une école se rangèrent définitivement à cette opinion et admirent une adéquation parfaite entre ces deux termes : chorée et rhumatisme.

Cette thèse fut très vivement attaquée et si les faits anciens en faveur de la théorie rhumatismale ont été trop multipliés, on ne doit pas avec M. Joffroy dire que « la chorée est toujours rhumatismale ou elle ne l'est jamais. » Sans doute « on exagérât autrefois, dit Cadet de Gassicourt, en prétendant que toutes les chorées étaient rhumatismales, mais ce serait aussi une exagération que de nier l'action du rhumatisme dans un grand nombre de cas. »

Le fait est en effet indéniable que certaines manifestations choréiques sont en rapport avec le rhumatisme, mais si on élimine la théorie infectieuse venue la dernière en date et qui n'est jusqu'à présent acceptée que par quelques auteurs, il nous semble que certaines chorées rythmées consécutives à la chorée de Sydenham ou survenant dans son cours militent en faveur de l'origine hystérique de cette dernière. A

vrai dire, Charcot, dès 1878, a nettement établi la cadence particulière à la chorée d'origine hystérique et la communication de Debove en 1890 a démontré que la chorée hystérique pouvait affecter la même allure que la danse de Saint-Guy. Cela nous conduit à parler du rôle de l'hystérie dans la chorée de Sydenham et à étudier les rapports de ces deux névroses.

CARACTÈRES COMMUNS A LA CHOREE ET A L'HYSTÉRIE

« La chorée se rapproche de l'hystérie à la fois par les conditions où elle prend naissance, par un grand nombre de ses symptômes, et par des associations morbides communes. De plus, les manifestations de l'une et l'autre maladies sont fréquemment entremêlées, superposées (1). »

Ne savons-nous pas quel rôle considérable joue *l'hérédité* dans l'apparition des phénomènes hystériques. On retrouve constamment chez les ascendants des hystériques, soit des antécédents de même nature, soit des stigmates permanents de la grande névrose, soit des attaques convulsives nettement caractérisées. Chez les choréiques, il en est de même ; « l'hérédité, dans la chorée de Sydenham, est assez rarement similaire ; cependant Germain Sée en a observé un certain nombre d'exemples et Monge, en 1882 sur

1. Thèse de Hocquet. Paris, 1887.

un total de 214 cas, a noté 14 fois l'existence de la chorée chez les ascendants. Mais presque toujours on rencontre l'hérédité dissemblable ; en d'autres termes, on retrouve chez les ascendants des choréiques des névroses diverses, hystérie, épilepsie, aliénation mentale, hystérie (1). » Dans les observations que nous rapportons plus loin, nous retrouvons cette même ascendance. Dans l'observation II, mère très nerveuse ; dans l'observation IX, père très nerveux ; dans l'observation XVII, la mère était choréique et avait été soignée à plusieurs reprises pour cette affection ; dans l'observation XIX, la grand-mère avait de l'exophtalmie ; il est bien certain que si on fouillait très attentivement et systématiquement les antécédents des choréiques, on retrouverait presque toujours chez les ascendants plus ou moins lointains, les formes les plus diverses de la grande diathèse névropathique. Chez les parents des hystériques, on trouve noté assez souvent la chorée de Sydenham et inversement le tableau généalogique des chorées montre l'hystérie chez leurs collatéraux ou leurs ascendants.

Sexe et âge. — La chorée est plus fréquente dans le sexe féminin que chez les sujets du sexe masculin : dans l'immense majorité des cas, c'est au moment de la puberté qu'éclatent les premières mani-

1. DÉJÉRINE. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Thèse d'agrégation, 1886.

festations morbides ; n'est-ce pas la même coïncidence pour l'hystérie ?

Ainsi donc, dans l'une et l'autre affections il y a une prédisposition nerveuse héréditaire qui est la raison d'être principale de leurs phénomènes convulsifs. Le terrain est tout préparé pour l'éclosion d'accidents nerveux et un rien suffit pour rompre l'équilibre instable de leur système nerveux ; malheureusement les causes occasionnelles sont nombreuses, les unes agissant très fréquemment, les autres étant moins communes.

Ce sont d'abord *les traumatismes* : on sait l'influence d'un trauma quelconque sur la production des phénomènes hystériques et aujourd'hui plus que jamais, nous voyons des cas d'hystéro-traumatisme ; tous les auteurs en ont publié des cas ; il en est de même pour la chorée de Sydenham et depuis longtemps le fait a été observé, puisque l'observation que nous transcrivons a été publiée déjà par Bouteille en 1810 dans son livre sur le traitement de la chorée.

« Une jeune fille de 5 ans, dont la santé n'a jamais été altérée, tomba d'une voiture où elle voyageait avec des parents, la visite générale qu'on fit de son corps ne fit reconnaître la trace d'aucune contusion sensible ; elle ne se plaignait même d'aucune douleur, ce qui confirme qu'aucune partie n'avait été lésée ; mais le moral parut plus affecté que le physique par la frayeur. Quelques jours après, cette enfant

était affectée de troubles choréiques des muscles des membres, de la face et de la langue. »

Un certain nombre de faits, relatés dans la thèse de Bataille, notamment une chorée survenue à la suite de l'avulsion d'une dent chez une femme enceinte, prouvent que le traumatisme peut produire des phénomènes choréiques.

Les émotions morales ne peuvent-elles, dans l'hystérie comme dans la chorée, ébranler le système nerveux au point de provoquer une crise convulsive. Les relations de crises hystériques à la suite d'une frayeur, d'une réprimande assez légère sont nombreuses. Il en est même pour la chorée et nos observations rapportées plus loin en font foi. C'est à la suite d'une émotion que Léonie L... (obs. XIV) a présenté la chorée, c'est à la suite d'une réprimande que Henriette B... (obs. XX) est prise de mouvements nerveux pour la première fois ; c'est à la suite de la mort de son grand-père que Louise M... (obs. II) a présenté des mouvements incoordonnés du côté gauche.

L'imitation peut produire des mouvements choréiques aussi bien que des crises hystériques convulsives ; pour celles-ci les cas sont fréquents et classiques de voir plusieurs hystériques dans la même salle d'hôpital, présenter des crises convulsives à la vue d'une de leurs compagnes présentant elle-même une crise. Ne serait-ce pas qu'il y a contagion nerveuse chez ces prédisposées, ces mal équilibrées au point de vue nerveux ? Bouchut, dans sa Clinique des Enfants-Malades cite plusieurs cas de mouvements cho-

réiques survenus chez des enfants qui venaient de voir, chez une de leurs compagnes, des mouvements désordonnés.

Monoplégie choréique par imitation. — Enfant de 14 ans qui entre pour des douleurs intercostales, en guérit et tout d'un coup, sans cause appréciable, a été prise de mouvements choréiques dans l'épaule, la langue et le membre supérieur droit, après avoir vu une de ses petites amies présenter les mêmes mouvements.

Monoplégie choréique par imitation. — Enfant de 13 ans entre pour gastralgie, eut de violentes secousses convulsives, devint une choréique pour avoir couché à un mètre de distance d'une autre enfant affectée de monoplégie choréique.

L'état mental des choréiques ne peut-il pas se rapprocher de celui des hystériques. — On retrouve toujours chez les premiers une impressionnabilité très vive ; la moindre contrariété les irrite et les blesse ; ils se mettent en colère facilement ; ils ne supportent pas une réprimande de leurs parents ; ils ont des crises de larmes abondantes à propos de tout et souvent à propos de rien ; ne sont-ce pas là les caractères essentiels de l'état mental des hystériques, d'une susceptibilité et d'une émotivité extrêmes.

Il n'est pas jusqu'à l'influence de la gestation sur l'une et l'autre de ces névroses qui ne permette de les rapprocher et on trouve dans la thèse de Hocquet des observations très intéressantes de chorée gravidique : « Il est certain que la grossesse ne peut

créer de toutes pièces la chorée, mais elle agit, comme toutes les autres causes en éveillant simplement la prédisposition ; dans la majorité des cas, l'hystérie pas plus que la grossesse ne trouble l'évolution de la grossesse ; exceptionnellement cependant, et de même que la chorée, elle altère gravement la santé de la mère et peut produire l'avortement ou l'accouchement prématuré. »

Le traitement lui-même montre que les deux névroses sont unies l'une à l'autre par une étroite parenté : l'isolement fut nécessaire à la fillette dont nous rapportons l'observation plus loin (obs. II). Bouchut termine une de ses cliniques de la façon suivante :

«L'enfant atteinte de chorée monoplégique venait de contracter la maladie par contagion nerveuse ; elle a été guérie par la terreur. J'ai dit devant elle qu'il n'y avait qu'un moyen de la guérir ; c'était la cautérisation au fer rouge ; je vous ai dit, de façon à être entendu d'elle, toutes les douleurs qu'elle allait éprouver et qui étaient nécessaires pour la débarrasser de son mal. Elle frémissait d'épouvante et pleura tout le jour, mais quarante-huit heures après elle était guérie. »

Ne peut-on rapprocher certaines régions hyperesthésiées qu'on trouve dans la chorée des zones hypersensibles dites zones hystérogènes qu'il est classique de trouver chez les hystériques et n'y a-t-il pas là

encore un point de contact entre les deux névroses. Les *points douloureux de Triboulet* que cet auteur a retrouvés constamment chez les choréiques en pressant tout le long de la colonne vertébrale, l'*ovarie de Marie*, ne sont-ils point similaires des zones douloureuses, très sensibles, qu'on observe à coup sûr en certains points déterminés du corps des hystériques. Bien plus, la compression ovarienne peut arrêter les mouvements choréiques et Charcot a pu dire dans une de ses leçons sur la chorée rythmique hystérique: « Cet arrêt si remarquable des mouvements choréiques, sous l'influence de la compression ovarienne ne dure qu'un moment et on voit reparaitre ces mouvements désordonnés, irréguliers dès que la compression n'est plus faite (1). »

Enfin nous voudrions, pour terminer cette étude des rapports entre la chorée et l'hystérie, résumer une observation que nous avons recueillie dans la *Revue des maladies de l'enfance* et qui montre l'association des deux névroses.

Accidents pseudo-méningitiques à répétition au cours de l'évolution d'une chorée de Sydenham chez une hystérique (2).

Malade âgée de 17 ans vient à la consultation pour une chorée de Sydenham. Pendant son séjour elle a

1. CHARCOT. *Progrès médical*, 1878.

2. BARJON. *Revue des maladies de l'enfance*, 1903, p. 136.

des accidents cérébraux graves qui en imposèrent pour une méningite, symptômes qui disparurent assez rapidement, puis qui revinrent une deuxième fois avec une gravité moindre et enfin une troisième fois plus atténués encore. Déjà en 1890 elle avait présenté semblable manifestation, alors qu'elle était soignée pour une chorée. A chaque poussée pseudo-méningitique on notait toute une série de symptômes qui pouvaient en imposer pour une méningite vraie, vomissements, contractures intermittentes, température à 39°, perte de connaissance, pincement des dents, position en chien de fusil, constipation, ventre en bateau, irrégularité du pouls, strabisme alternant ; cependant à quelques indices on pouvait soupçonner la vérité ; le début était presque toujours brusque, les symptômes atteignirent presque d'emblée toute leur acuité, perte de connaissance précoce » ; en somme, association de chorée, d'hystérie et de pseudo-méningite.

Comment, dans ces cas complexes, isoler les phénomènes purement choréïques des manifestations hystériques ; comment faire le point de départ de chacune des deux névroses. Ne vaut-il pas mieux conclure dans certaines circonstances, comme le faisait Ollivier dans une de ses leçons cliniques : « La chorée ne protège pas contre l'hystérie ; l'évolution de ses manifestations n'empêche pas celle des manifestations hystériques ; on en voit dans le cours de la danse de Saint-Guy ordinaire ; elles alternent avec les premières ou se combinent avec elles ; de ce

mélange résulte une névrose bizarre, hybride, qu'il serait difficile de caractériser si l'on ne songeait pas qu'on est en face d'un complexe mixte... Doit-on subordonner la chorée à l'hystérie et en faire une chorée d'origine hystérique ? Je ne le crois pas : ce sont là deux maladies distinctes, évoluant sur le même sujet, chacune conservant ses caractères propres (1). »

1. OLLIVIER. *Leçons cliniques*, 17^e leçon, p. 181.

CHORÉE RYTHMIQUE HYSTÉRIQUE

Le caractère essentiel des mouvements, dans la chorée de Sydenham, est d'être desordonnés, illogiques, sans aucun but précis, sans aucune signification exacte ; *l'arythmie* les distingue nettement ; aussi est-il classique d'opposer à cette forme, la forme *rythmique* qui individualise la chorée d'origine hystérique.

Dans les chorées rythmées, les mouvements conservent bien les caractères principaux de la danse de Saint-Guy, à savoir d'être irrésistibles, indépendants de la volonté, incessants sauf pendant le sommeil, mais les contractions musculaires ne sont plus ici contradictoires et illogiques, mais bien au contraire régulières, synergiques et uniformes : en un mot ils sont systématisés dans un certain ordre et se reproduisent toujours avec le même caractère dans les parties du corps qui en sont affectées.

L'histoire de ces chorées rythmées d'origine hystérique date de loin et doit être rapportée à ces fameuses épidémies du moyen âge dont nous avons parlé

dans notre historique : il n'est pas douteux en effet que ces danses du xiv^e et du xv^e siècle n'étaient que des manifestations hystériques. La représentation graphique de ces épidémies du moyen âge est en effet reproduit dans un volume des œuvres de Charcot et l'attitude des femmes qui sont atteintes de cette danse montre bien que ce ne peuvent être que des hystériques.

Mais c'est en 1871, dans ses cliniques de la Salpêtrière que Charcot isola nettement la chorée rythmée et en décrivit plusieurs variétés : sa classification a été adoptée par tous d'ailleurs et nous ne pouvons mieux faire que de la décrire ici : « Dans la *chorée rythmée* nous ne retrouvons ni les oscillations, ni les vibrations, comme dans le tremblement, ni les gesticulations illogiques, contradictoires, comme dans la chorée vulgaire ; mais si l'affection est caractérisée, elle aussi, par des mouvements involontaires, impulsifs, ces mouvements sont complexes et en outre, fait important, ils se reproduisent suivant un *rythme régulier*, ils sont *cadencés*. Il n'ont donc pas le caractère d'irrégularité des mouvements choréiformes que je vous ai décrits tout à l'heure. On peut aussi les dire *systématiques*, parce qu'ils semblent coordonnés suivant un certain plan imitant par exemple : 1^o certains *mouvements d'expression* tels que ceux des danses, de caractère en particulier (*chorée saltatoire*) ; 2^o ou bien certains actes professionnels comme les mouvements des rameurs ou des forgerons (*chorée malléatoire*). En un mot, il y a reproduction plus ou moins

fidèle d'actes voulus, logiques, intentionnels. La maladie en question semble le plus souvent liée à l'hystérie, ou d'origine hystérique, bien qu'elle puisse exister dans quelques-uns par elle-même, en dehors et tout phénomène caractérisant habituellement l'hystérie » (1).

Comment apparaît la chorée rythmée et comment évolue-t-elle ? On peut réduire ses façons d'être à trois principales suivant qu'elle se présente :

- a). — Dans le cours d'une attaque ;
- b). — A la suite d'une attaque ;
- c). — En dehors de toute attaque et à l'état de phénomène isolé.

Nous n'insisterons pas sur les descriptions des attaques qui peuvent se présenter sous une des variétés que nous avons nommées : nous ferons remarquer cependant et il importe de faire bien ressortir ce point, c'est la perte pendant toute la durée de l'attaque qui peut être longue, de tous les stigmates d'hystérie. C'est ainsi qu'on peut voir chez des hystériques qui présentaient tous les signes de la grande névrose, rétrécissement du champ visuel, hémianesthésie sensitivo-sensorielle, points hystérogènes, etc., tous ceux-ci disparaître à la suite d'une attaque de chorée rythmée. Nous résumerons quelques observations de chorées rythmées survenant soit au cours, soit à la suite soit en dehors de toute attaque ; et que nous emprunterons à la thèse de Horscholle.

1. CHARCOT. Leçons sur les maladies du système nerveux, t. III, p. 216.

OBSERVATION I

Chorée rythmée au cours de l'hystérie.

Hab..., grande hystérique ; entre à l'hôpital pour vomissements hystériques :

A la suite d'une frayeur, elle est prise de chorée rythmée. Les accès de chorée alternent avec des attaques d'hystérie et durent en moyenne huit jours. L'usage d'un vomitif au début de la crise l'arrête.

Plus tard les accès de chorée sont rares, tandis que les crises d'hystérie se répètent fréquemment.

En 1887 la chorée reparait après une attaque. Mouvements incessants de rotation de la tête. Mouvements maladroits des bras.

La chorée cède à l'administration de deux vomitifs. La malade, revenue à l'état normal, avait perdu tous ses stigmates d'hystérie : hémianesthésie, rétrécissement concentrique du champ visuel, points hystérogènes.

OBSERVATION II

Chorée rythmée pendant l'attaque d'hystérie.

Ch..., 24 ans, entre à l'asile de Villejuif, présente :

Une anesthésie complète de tout le corps à la douleur, au froid et à la chaleur. Quelques parties sont cependant demeurées sensibles, entre autres les pieds jusqu'aux malléoles. Zone de sensibilité à la partie antérieure du genou

droit, zone qui s'étend à trois travers de doigt environ au-dessus et au-dessous de l'articulation. Zone de sensibilité de 3 centimètres de large, ayant la forme d'un triangle à sommet supérieur, dont la base correspond à l'aile du nez et dont le sommet correspond au sicciput.

Point ovarien droit.

Points sous-maxillaire gauche.

Points hystérogènes disséminés le long de la colonne vertébrale.

Perte du sens musculaire des deux côtés.

Rétrécissement considérable du champ visuel.

Attaques d'hystérie classiques. — Mais avec cette particularité que la quatrième phase ou phase de délire est extrêmement prononcée et offre une durée de plusieurs heures et parfois d'un jour ou deux.

Enfin la troisième phase a ceci de remarquable de présenter une phase de chorée notatoire extrêmement nette. La malade se couche à plat ventre et fait des mouvements de natation très réguliers. En même temps, elle parle et se figure être dans l'eau. La durée de cette phase est de cinq à six minutes, puis l'attaque continue son cours.

OBSERVATION III

Chorée rythmée à la suite d'une attaque.

Gr..., grande hystérique et grande hypnotique, avec hémianesthésie sensitive, sensorielle complète du côté droit, est prise en jour de chorée rythmée à la suite d'une attaque.

Cette attaque de chorée se manifestait par des mouve-

ments de rotation de la tête et des mouvements de rotation des bras.

Les avant-bras fléchis sur le bras et croisés sur la poitrine tournaient constamment l'un autour de l'autre avec une grande rapidité. Ces mouvements duraient jour et nuit.

Cette attaque dura trois jours sans interruption. Tous les moyens employés n'eurent aucun résultat.

Après la cessation de l'attaque tous les stigmates avaient disparu. Il n'y avait plus de trace d'anesthésie sensitivo-sensorielle, plus de points hystérogènes. A la place d'un point d'attaque, situé au-dessus du sein droit, il existait un point choréigène.

Ce nouvel état dura huit jours, après quoi la malade, après une attaque d'hystérie, revient à son ancienne situation.

Il arrive quelquefois et on a cité des exemples, la communication de M. Joffroy à la Société médicale des hôpitaux en est un, qu'une chorée de Sydenham avec tous ses caractères, c'est-à-dire mouvements désordonnés et arythmiques, se transforme sous l'influence d'une émotion, d'une frayeur, en chorée rythmée; il est bien certain que dans ces derniers cas, il faut admettre l'origine hystérique de l'affection, surtout quand il existe des stigmates d'hystérie.

Au reste les observations précédentes ne prouvent-elles pas qu'il peut y avoir suppléance de l'une et l'autre névroses : dans l'observation III, après une attaque de chorée rythmée, les stigmates hystériques d'une malade qui avait eu de nombreuses crises con-

vulsives dans le courant de sa vie, disparurent et la pression d'un point situé au-dessus du sein droit déterminait une crise de chorée au lieu d'une crise hystérique.

Charcot considérait même la chorée rythmique comme une attaque hystérique prolongée et transformée. « Ne pourrait-on pas rapprocher cette chorée de la contracture et les envisager comme des accidents de même valeur pathologique, des équivalents pouvant se substituer l'un à l'autre dans la série des affections hystériques ? Pour nous la chorée rythmique n'est qu'une attaque d'hystérie transformée, ce n'est pas, comme on pourrait le croire, un reste d'attaque, c'est une attaque véritable (1). »

Tous les auteurs classiques d'ailleurs, s'accordent à dire que la chorée rythmique, avec les différentes variétés, qu'elle présente, est de nature essentiellement hystérique et il n'y a aucune objection sur ce point.

CHARCOT. *Maladies du syst. nerveux*, t. I.

CHORÉE ARYTHMIQUE HYSTÉRIQUE

Si la chorée hystérique prend la plupart du temps des caractères particuliers qui la différencient nettement de la chorée vulgaire, il n'en est pas toujours de même et l'identité de mouvement pour une variété donnée de chorée hystérique ne se retrouve pas constamment.

Il est une autre forme de chorée hystérique affectant les caractères fondamentaux, classiques de la danse de Saint-Guy qui fut bien mise en évidence pour la première fois par M. Debove à la Société médicale des hôpitaux en 1890 ; non point que cet auteur n'ait pas eu de précurseur, mais le cas était probant et indiscutable et le sujet, présentant les manifestations de l'hystérie sur un cas de chorée arythmique était manifestement atteint de chorée arythmique d'origine hystérique.

Déjà, cependant, Cadet de Gassicourt, en 1884, s'était exprimé ainsi : « Je pense que certaines chorées, ayant tous les caractères des chorées vraies, se rattachent à la névrose hystérique. »

Et plus tard, Marie, en 1886, ayant observé l'ovarie chez les sujets qu'il avait examinés, écrivait : « Quelle est la signification de cette ovarie dans la chorée de Sydenham ? Faut-il en conclure que la chorée n'est autre chose qu'une forme de l'hystérie : cette opinion n'a rien d'invraisemblable. Mais encore serait-il bon d'avoir d'autres preuves à sa disposition. Le mieux est, croyons-nous, jusqu'à plus ample informé, d'appeler une fois de plus à notre aide la classique comparaison dont on a déjà tant usé à propos de toutes les névroses, « de cet arbre d'essence inconnue dont les branches nées d'un tronc commun s'éloignent en divergeant, mais non sans envoyer les unes sur les autres quelques rameaux qui les unissent étroitement. »

La même année, Déjerine, dans sa thèse d'agrégation, sur *l'Hérédité dans les maladies du système nerveux* ne disait-il pas : « La chorée de Sydenham affecte avec l'hystérie des rapports tellement intimes que l'on peut se demander si, au fond, ces deux affections ne sont point les deux rameaux d'une seule et même branche morbide. »

Déjà par conséquent le problème de la parenté morbide entre les deux névroses était posé et si les observations manquaient encore, du moins la voie était ouverte pour des recherches futures.

M. le Dr Babonneix a mis très obligeamment à notre disposition quelques observations inédites qu'il possédait sur la question :

Dans ces observations, on verra que chez de nom-

breux sujets en effet, si on recherche systématiquement les stigmates de la grande névrose, on arrive à en dépister nettement quelques-uns et que peu en réalité en sont indemnes ; ce sont surtout les anesthésies conjonctivales et pharyngées que M. le Dr Babonneix a trouvées et chez quelques fillettes une hyperesthésie évidente de la région ovarienne.

Mais nous tenons, auparavant, à citer quelques observations typiques de chorée arythmique hystérique, qui montreront très nettement l'origine hystérique de la chorée.

OBSERVATION I (*résumée*).

CARRIÈRE, in thèse SONNEVILLE.

Chorée arythmique hystérique.

Jules M..., 10 ans.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, très vif. Mère nerveuse, émotive, six frères et sœurs ayant eu des *convulsions*.

Antécédents personnels. — Né à terme, rachitisme léger, l'enfant a toujours été *nerveux, coléreux, capricieux: terreurs nocturnes*, jusqu'à 7 ans.

Histoire de la maladie. — Le 15 mars 1898, Jules M..., bousculé par un camarade, est tombé à l'eau: le fossé était peu profond, mais le malade rentre trempé chez lui et reçoit une correction.

Il a eu, au moment de sa chute, une *émotion très vive*. Il a eu très peur, dit-il, il a poussé un cri. Rentré chez lui, il semble avoir ruminé son accident. Il en rêva la nuit suivante. Le lendemain, il n'est pas malade, mais ses parents le trouvent triste et abattu. Le 20 mars environ, on s'aperçoit qu'il mange malproprement. Il est même puni en classe parce qu'il remue constamment. Vers le 25 novem-

bre, les membres inférieurs et la face sont pris à leur tour. L'état du malade est resté stationnaire jusqu'au jour où on me l'amène.

Le malade examiné le 17 juin ne présente aucune trace de dégénérescence ; pas de stigmates de scrofule ni de rachitisme. Ils sont généralisés, mais prédominants à droite ; ils sont vifs, rapides, incompressibles ; ils existent au repos et pendant les mouvements volontaires. Ils sont inconstants et ne présentent pas de paroxysme à une heure quelconque de la journée. Ce sont des mouvements absurdes, illogiques, arythmiques, de toute direction, mais toujours arrondis. Ils n'existent pas pendant le sommeil. Ils sont *calmés* par la *pression des testicules* et sont, paraît-il, moins violents pendant que j'examine le malade. Ils sont *exagérés* par la *colère ou la joie*, par la pression de la colonne vertébrale.

À la face on trouve des clignotements des paupières, des mouvements des yeux de droite à gauche : les ailes du nez sont agitées, de même que les commissures labiales ; la langue est projetée au dehors à chaque instant. La parole est un peu gênée : une interruption de temps en temps.

Membres supérieurs. — L'enfant écrit difficilement ; mange et boit sans peine ; parvient à cependant s'habiller.

Les membres inférieurs sont fortement atteints. La marche est difficile, les jambes s'enchevêtrent à chaque instant.

Cœur normal. Diaphragme, quelques contractions de temps en temps.

Sensibilité normale. *Sensation subjective de constriction à la gorge.* Organe du sens : *agueusie, anosmie*, mentalité normale : *réflexes normaux.*

Traitement. — On donne au malade, avec beaucoup d'apparat, des pilules de bleu de méthylène ; on lui fait prendre un régime tout à fait particulier pour frapper son imagination ; on lui recommande de pisser et d'aller à la selle régulièrement, car le médicament qu'on lui prescrit est un poison dangereux,

OBSERVATION II.

Due à M. le Dr BABONNEIX

Chorée hystérique.

M... Louise, 14 ans 1/2, entrée le 27 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère bien portante, mais *très nerveuse*. Enfant unique.

Antécédents personnels. — Née à terme et élevée au biberon. Rougeole à 1 an 1/2.

A la suite d'une *très vive émotion* (mort de son grand-père) l'enfant a été prise de *mouvements incoordonnés* du bras gauche et de la jambe gauche, de la figure et de la langue ; elle a été soignée au bout de trois semaines, salle De Chaumont, pendant deux mois. A sa sortie plus de mouvements, elle semblait complètement guérie ; pendant un an elle ne présente aucun phénomène morbide.

Il y a trois semaines, à la suite d'une réprimande par ses parents, elle a été reprise de la même manière de ces mêmes mouvements incoordonnés, illogiques du côté gauche.

L'enfant sort au bout de deux semaines et demie complètement guérie, bien portante.

OBSERVATION III

Boudet in thèse DETTLING

Chorée arythmique succédant à une chorée rythmique chez une hystérique.

Adèle J., 14 ans 1/2. Entrée le 14 mars, sortie le 18 août 1891.

La malade présente tous les attributs de la grande hystérie convulsive, dont le début remonte à 1890: hémianesthésie complète du côté droit, rétrécissement du champ visuel, achromatopsie, troubles intellectuels, manifestations d'extase et d'hypnotisme faciles à provoquer.

Avant son entrée, elle avait de l'hyperesthésie sensorielle de l'ouïe; le moindre bruit, le son d'une cloche, provoquaient immédiatement une crise convulsive. Ces manifestations ont fait place à une hyperesthésie du côté de l'organe de la vision; la vue d'un objet brillant, des boutons d'uniforme des élèves militaires en particulier, détermine des crises généralisées. Disparition brusque de ces symptômes vers le 31 mars; ils sont immédiatement remplacés par une chorée rythmique à forme hémiplegique: le bras gauche, où les mouvements sont prédominants, semble battre de l'aile avec son coude et son rythme, de 120 à 130 par minute, présente une régularité parfaite; des mouvements moins accentués existent dans le membre in-

férier du même côté ; ils reproduisent le mouvement de pédales des rebouteurs.

La moindre pression sur les muscles atteints suffit à mettre les membres ainsi touchés en état de contraction ; on observe alors les *phénomènes de transfert* : des mouvements de même nature et de même amplitude apparaissent dans le membre correspondant, du côté opposé, jusqu'à ce qu'en soufflant sur les muscles contracturés on leur rendit leur souplesse primitive qui comportait la réapparition immédiate des mouvements choréiques.

Au commencement de juin, les mouvements diminuent d'amplitude et changent de caractère : ils perdent leur rythme et se rapprochent graduellement des *mouvements incoordonnés de la chorée de Sydenham*.

15 juillet. — Le membre inférieur gauche présente des mouvements sans rythme d'aucune sorte, des sortes de secousses survenant à des intervalles irréguliers et ne simulant aucun mouvement volontaire. Le malade exécute bien encore des mouvements voulus de grande amplitude, mais elle ne peut saisir un objet de petite dimension, sans secousses. Ces secousses, enregistrées au cardiographe, donnent une courbe discontinue sans aucune régularité.

Le membre inférieur gauche est repris, dans la masse musculaire du triceps, de secousses rythmées, se produisant 130 à 140 fois par minute et donnant lieu à des phénomènes de suppléance.

1^{er} août. — Les mouvements de chorée vulgaire du membre inférieur tendent à disparaître : les secousses du triceps diminuent d'intensité.

18 août. — Plus de mouvements choréiques dans le bras

gauche, encore quelques secousses brèves dans le triceps. Les crises convulsives ne surviennent plus que tous les huit jours.

OBSERVATION IV

Carrière. — In thèse de SONNEVILLE.

Chorée rythmique transformée en chorée arythmique.

Thérèse D..., 10 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, *très vif*. Mère souffre de *névralgie sciatique* et de plus d'une *dilatation d'estomac* assez prononcée. Quatre frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme : nourrie six mois au sein ; les trois mois suivants, allaitement mixte ; rougeole, coqueluche. La malade a *toujours été nerveuse*, sujette aux *céphalées*, très émotive ; elle a des *terreurs nocturnes*, mais ne présente pas de crises de nerfs.

Histoire de la maladie. — En janvier 1900, apparaissent les premiers mouvements. Ce sont des mouvements rythmiques de la tête, d'avant en arrière, comme si la malade saluait. En juin, la malade présente des vomissements qui durent huit jours. En juillet, mêmes mouvements rythmiques salutatoires. En août, l'enfant perd son grand-père et les mouvements augmentent encore. En janvier 1901, ils augmentent de plus en plus, mais deviennent désordonnés, arythmiques. Le désordre des mouvements est apparu à la suite d'un dîner en ville, où la malade, honteuse de

toujours bouger, a fait de grands efforts pour se contenir. Elle a été prise *après le repas de crises alternatives de rires et de pleurs* : c'est en même temps que sont apparus les *grands mouvements arythmiques*. Depuis quelque temps la malade a eu, pendant quelques jours, des douleurs aux mains et aux chevilles, mais sans fièvre.

État actuel. — Enfant d'aspect normal, intelligente, pas coquette.

Les mouvements qu'elle présente sont vifs, rapides, non explosifs, absurdes, arythmiques. Ils se font en tous sens, ils sont toujours arrondis et moelleux. Ils sont *exagérés par certaines émotions*, par la *compression des régions ovarienne et épigastrique*. Ils sont calmés par l'attention ; la malade arrive à écrire assez bien devant nous. Ils disparaissent pendant le sommeil.

A la face, le front se ride, les sourcils se rapprochent et s'éloignent, les paupières s'ouvrent et se ferment : les yeux roulent et se convulsent en haut ; la bouche s'ouvre et se ferme ; la langue est projetée au dehors ; si on la peut tirer complètement, elle ne présente que peu ou pas de mouvements. La parole est possible. La tête est agitée en tous sens.

Aux membres supérieurs les mouvements asymétriques des épaules dominant ; tous les segments cependant participent à cette agitation. L'enfant peut écrire et s'habiller, mais elle mange malproprement. Les membres inférieurs sont peu atteints ; la marche est possible, mais pas la course.

Déglutition, défécation, miction normales. Depuis huit jours à trois ou quatre reprises, vomissements d'un seul jet, sans effort.

Rien au cœur ni à la respiration. Forces conservées. Sensibilité normale. Rétrécissement concentrique du champ visuel de l'œil gauche. Réflexes tous normaux, ni troubles vaso-moteurs ni trophiques. Urines normales : pas d'inversion, la formule des phosphates.

État actuel. — La malade se met facilement en colère.

OBSERVATION V

(AUCHÉ)

Chorée arythmique hystérique

Marie L..., 12 ans, vint accompagnée de sa mère, me consulter pour des crises de nerfs qui inquiètent non pas la malade, mais qui tourmentent beaucoup la mère. J'apprends alors ce qui suit :

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère vive et emportée, à caractère très mobile, grand'mère maternelle hémiplégique a eu autrefois des *crises nerveuses*, un aïeul aliéné, une sœur plus jeune qui ne paraît présenter aucune tare nerveuse,

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance, sauf la rougeole à 4 ans, pas de rhumatismes, règles à 11 ans, toujours régulières, à l'âge de 2 ans, deux ou trois attaques convulsives attribuées à la présence de vers. Depuis lors rien de particulier au point de vue nerveux.

Histoire de la maladie. — Au mois de juillet dernier, elle fait une chute dans un escalier, elle a peu de mal,

mais elle est *très effrayée*, et, une demi-heure après, elle a une *grave attaque convulsive* qui ne dure pas moins de trois quarts d'heure. Quatre jours plus tard, son père rentre ivre, fait du bruit et menace de battre sa mère. Nouvelle attaque convulsive à la suite de laquelle apparaissent, dans le membre supérieur droit *mouvements* d'abord peu intenses, *involontaires*, incessants, qui s'étendent progressivement et gagnent tout le côté, et deux jours après se généralisent. La face est respectée, mais les jambes et les bras sont constamment agités de mouvements désordonnés très intenses qui empêchent la malade de marcher et de se livrer à aucune occupation manuelle. Ils cessent pendant le sommeil.

Cet état persiste six jours, nouvelle attaque convulsive, survenue, cette fois, sans causes apparentes. Avec elle disparaissent complètement les mouvements choréiques. Au bout d'un mois, elles reparaissent sans attaque préalable et sans raison aucune, et se localisent au côté droit. Ils disparaissent de nouveau quatre jours plus tard, à la suite d'une crise convulsive survenue à l'époque menstruelle. Depuis cette époque, les crises nerveuses se sont renouvelées plusieurs fois, mais la chorée n'a pas reparu. Quand je vois la malade, au commencement d'octobre, je constate chez elle la présence d'une vaste plaque d'anesthésie couvrant toute la région épigastrique, et une partie de la région antérieure de la poitrine, de plusieurs autres plaques, moins étendues, siégeant des deux côtés au niveau du pli du coude, sur la partie latérale droite du cou et sur le mollet du même côté. Le champ visuel examiné le lendemain, est très notablement rétréci. Le réflexe pharyngien est aboli.

OBSERVATION VI

(PITRES)

Chorée arythmique hystérique.

Henriette L..., 14 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère *hystérique* a des attaques convulsives. Père *colérique*. La grand'mère maternelle présente des *crises convulsives*.

Antécédents personnels. — Rougeole, angine, bronchite.

L'enfant est de caractère tranquille, doux. A l'âge de 9 ans elle voit, en promenade, un enfant atteint de chorée et en est vivement frappée. Le lendemain *attaque convulsive* de la mère et *émotion violente* de la fille qui croit sa mère morte. Dès le soir, sans aucune espèce d'attaque, l'enfant présente une paralysie presque complète du bras gauche et de la jambe gauche, présente des *mouvements involontaires*, qui, peu à peu, se rapprochent, gagnent en intensité et en étendue, envahissant tout le corps, sauf le bras gauche qui est tout paralysé. Les mouvements sont involontaires, incoordonnés et continuels; grimaces; parole difficile. Disparition des symptômes pendant le sommeil: Durée: quatre à cinq mois et disparition progressive. *Jamais de rhumatisme.*

Parfois, douleur dans la région ovarienne, *sensation de constriction épigastrique; impressionabilité*. Depuis cette époque, chaque année, au printemps, réapparition des mouvements choréiques qui surviennent sans raison apparente et disparaissent de même.

Etat actuel. — Quelques mouvements choréiques et grimaces: pas de troubles paralytiques, mais altération notable de la sensibilité. Hypoesthésie de tout le côté gauche du corps. Douleur vive à la pression dans la région ovarienne gauche. Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés. Abolition du réflexe pharyngé. Rien au cœur. **Menstruation irrégulière.**

OBSERVATION VII

(in Thèse DETTLING).

S..., jeune fille de 19 ans ; premières crises convulsives à 13 ans, hystérie ovarienne à 15 ans, deux ans avant la première menstruation.

Actuellement *ovarie* droite fixe, exaltée au moment des crises ; *hémianesthésie* du même côté, *anosmie* dans la narine droite ; perte absolue du goût sur la moitié de la langue, depuis la pointe jusqu'à la base, diminution de l'acuité auditive de l'oreille droite, *amblyopie* et *dyschromatopsie* de l'œil droit. *Contracture* du côté droit à la suite de crises hystéro-épileptiques.

Hémichorée rythmique du côté droit ; mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la tête sur le tronc et de celui-ci sur le bassin : mêmes mouvements dans la jambe et le bras droits.

A la suite d'inspiration d'éther, cinq attaques laissant après elle une contracture du côté droit, après quelques secousses suivies de la chorée rythmique.

Trois jours après, *mouvements choréiques irréguliers*,

ressemblant beaucoup à ceux de la chorée de Sydenham.

Trois jours après, persistance des mouvements incoordonnés, qui sont plus accusés qu'il y a trois jours.

Deux jours après la malade a eu 25 attaques, de 8 heures du matin à 1 heure de l'après-midi : à partir de là les mouvements choréiques ont définitivement cessé.

OBSERVATION VIII

Thèse BONNAUD, Lyon.

Maria P..., 10 ans, entrée le 10 octobre, sortie le 22 décembre 1890.

Antécédents héréditaires. — Parents en bonne santé, n'ont jamais eu de rhumatisme. La mère a eu trois grossesses et à chacune d'elles, vers le troisième ou le quatrième mois, elle a eu des mouvements choréiques qui sont allés en s'accroissant jusqu'à la fin de la grossesse, pour disparaître un mois après l'accouchement ; elle n'est pas cardiaque et ne présente aucun signe stéthoscopique du côté du cœur.

Antécédents personnels. — Rougeole : jamais de rhumatisme ni d'autres affections graves.

L'an dernier a eu de la chorée consécutive à une frayeur : les mouvements survinrent le lendemain et durèrent trois mois. Cette année, nouvelle attaque de chorée brusquement et sans cause appréciable, il y a deux mois.

Etat actuel. — Chorée peu intense, généralisée aux quatre membres. Pas d'hémianesthésie, mais la sensibilité au contact et à la douleur est très émoussée, pression ovarienne douloureuse, mais elle ne détermine pas de sen-

sation de constriction à la gorge : *anesthésie du pharynx*.

A l'auscultation, on entend dans toute la région précordiale un souffle systolique, dont le maximum est au niveau du troisième espace intercostal, près du sternum : il se propage peu vers l'aisselle et s'atténue par les fortes inspirations, mais ne change pas par les positions du malade.

10 décembre. — La chorée est presque complètement guérie par l'arsenic et les bains sulfureux.

Même état du cœur, bruit de rouet dans les vaisseaux du cou.

22 décembre. — Absence complète des réflexes plantaire et pharyngien : la sensibilité générale est toujours émoussée ; plus d'ovarie.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. le Dr BABONNEIX.

Louise D..., 10 ans, entre à l'hôpital le 18 novembre 1901, Salle Husson.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mais très nerveux.

Mère bien portante.

Deux frères de bonne constitution.

Antécédents personnels. — Née à terme d'un accouchement normal, élevée au sein.

Rougeole et coqueluche à 3 ans.

L'année dernière, légère atteinte de rhumatisme, sans gonflement notable des articulations.

Histoire de la maladie. — Au mois de janvier dernier,

la fillette se *plaint de douleurs musculaires* au niveau du bras et de la jambe droits. Peu de temps après apparaissent les mouvements incoordonnés. Ces mouvements sont tout d'abord de peu d'amplitude, mais ils s'exagèrent peu à peu au fur et à mesure qu'apparaissent de la parésie et presque une impotence absolue du bras.

La tête et même la langue furent le siège de mouvements involontaires.

A ce moment elle entre à la salle Parrot et en sort guérie au bout d'un mois.

Pendant six mois la guérison semble définitive, mais au mois d'octobre dernier, quinze jours après sa rentrée à l'école, réapparition des mouvements choréiques, avec cependant atteinte plus légère que la première fois.

État actuel. — Au membre supérieur droit, les mouvements sont irréguliers, involontaires, incoordonnés, de peu d'amplitude, les mouvements d'adresse se font sans trop de difficulté : les objets sont saisis sans trop de tâtonnement, la parésie est très peu marquée.

Membres inférieurs. — La marche n'est pas pénible : il y a simplement déviation du pied en dehors.

La face ne grimace pas. Il y a seulement quelques mouvements involontaires.

La langue n'est pas agitée.

Réflexes rotuliens normaux.

Hyperesthésie légère. — L'enfant crie quand on le pince très légèrement.

Pas de stigmates d'hystérie.

Pas de fièvre, mais très fréquemment céphalée assez intense.

Cœur normal. Les battements sont *accéléérés*, mais cette accélération doit être due à l'émotion de la fillette.

Etat mental. — L'enfant est d'un *nervosisme* exagéré ; elle est irritable à l'excès et pleure dès qu'on veut la toucher.

Observation X

Communiquée par M. le Dr BABONNBIX.

Aimée A..., 12 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 16 septembre, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père, 43 ans, bronchite chronique.

Mère, bien portante.

Sept frères ou sœurs : quatre morts de méningite, trois bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme. Élevée au biberon jusqu'à 2 ans.

Coqueluche à 6 ans. Rougeole à 7 ans.

L'enfant est très sujette aux bronchites, moins toutefois depuis deux ans, époque à laquelle l'état général de l'enfant a paru se remonter.

Il y a deux ans, *première attaque de chorée, précédée de douleurs articulaires*, qui aurait duré dix mois.

Il y a deux mois, les douleurs articulaires ont recommencé, pas d'angine rhumatismale : puis réapparition de la chorée.

État actuel. — L'enfant présente tous les signes de la chorée.

Membres supérieurs : les mouvements sont irréguliers, involontaires, de grande amplitude ; ils sont constamment agités et ne peuvent prendre part à aucun mouvement d'adresse.

Membres inférieurs : sont atteints au point que la marche est à peu près impossible.

Face : grimaces perpétuelles : difficultés pour parler.

Réflexes rotuliens un peu exagérés.

Pas de troubles de la sensibilité, pas de stigmates hystériques.

Pas de troubles trophique.

Pas de fièvre.

Cœur normal : cependant le premier bruit paraît légèrement assourdi.

Urines : pas d'albumine.

Traitement : antipyrine.

Le 8 octobre 1901. — Les mouvements ont beaucoup régressé : les mains restent encore un peu maladroites, mais la malade peut marcher, elle ne fait plus de grimaces, parle facilement.

Le 10 octobre. — Ponction lombaire est pratiquée : ni lymphocytose, ni polynucléose : pas d'éléments microbiens.

Observation XI (*ibid*)

Georgette T..., 13 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants-Malade le 1^{er} octobre 1901, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère bien portante.

Trois frères ou sœurs : une sœur âgée de 20 ans est albuminurique, les deux autres bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme. Élevé au sein jusqu'à 13 mois.

Coqueluche à 3 ans. Rougeole à 4 ans 1 2. Oreillons.

Histoire de la maladie. — L'enfant a toujours été un peu malade. Il y a deux ans, *première attaque de chorée légère suivie de douleurs rhumatismales légères*, principalement localisées dans les articulations des genoux et des mains. *Deuxième attaque de chorée* en janvier 1901 ; à ce moment l'enfant envoyée en convalescence a eu des *douleurs rhumatismales* qui l'ont tenue alitée pendant un mois et demi.

État actuel. — L'enfant présente tous les signes habituels de la chorée.

Membres supérieurs : sont particulièrement pris ; aucun mouvement d'adresse n'est possible.

Membres inférieurs : sont agités et faiblissent lorsque l'enfant veut marcher.

La langue n'est pas prise et l'enfant parle très bien. Son visage ne grimace pas.

Réflexes rotuliens normaux.

Pas de troubles de la sensibilité et pas de stigmates hystériques.

Pas de troubles trophiques.

Pas de fièvre.

Cœur : *insuffisance mitrale* diagnostiquée dès sa première attaque de rhumatisme.

Urines : pas d'albumine.

9 octobre. — Ponction lombaire a été faite : hypotension

du liquide ; celui-ci très clair, ne renfermant ni éléments cellulaires, ni microbiens.

Traitement par antipyrine et cacodylate de fer.

17 octobre. — Les mouvements ont beaucoup régressé : les mains sont encore agitées ; les jambes aussi, mais la marche est possible ; l'enfant parle et mange bien. Cacodylate de fer est continué.

9 novembre. — Très grande amélioration. Guérison presque complète.

L'enfant marche, parle et mange d'une façon normale.

Les membres supérieurs, le droit surtout qui était le plus atteint, peuvent prendre part à des mouvements d'adresse sans tâtonner : la force musculaire n'est pas diminuée.

Réflexes rotuliens normaux.

Pas de troubles de la sensibilité ; pas de stigmates hystériques.

Cœur normal.

OBSERVATION XII

Communiquée par M. le Dr BABONNEIX.

Berthe D..., 9 ans.

Antécédents héréditaires. — Père : 42 ans, tousses beaucoup, l'hiver surtout.

Mère : 36 ans, bien portante.

Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au biberon.

Rougeole à 3 ans, entérite.

Histoire de la maladie. — Il y a deux mois, douleurs dans le ventre et les reins, puis *douleurs dans les jambes et dans toutes les jointures* qui sont devenues très douloureuses ; à la suite mouvements choréiques généralisés, très intenses.

Cœur. — Souffle intense, pialement systolique se propageant dans l'aisselle ; *insuffisance mitrale*.

Sensibilité générale normale.

Anesthésie pharyngée et conjonctivale. — Mydriase.

Réflexes affaiblis. Babinski en flexion.

Pas de fièvre.

Pas de signes d'hérédosyphilis, pas d'adénopathie trachéo-bronchique, respiration rude.

OBSERVATION XIII

Communiquée par M. le Dr BABONNEIX.

Marie M..., 13 ans, 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Cinq frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein.

Rougeole. Coqueluche.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois l'enfant est devenue maladroite, laissant tomber tout ce qu'elle tenait ; elle était agitée, avait des mouvements désordonnés. Soignée pendant un mois à l'hôpital d'où elle sort guérie. Il y

a un mois, l'enfant fut reprise (décembre 1906) des mêmes symptômes. Les troubles nerveux ne cédant pas, la mère ramène l'enfant à l'hôpital.

Etat actuel. — Mouvements désordonnés, illogiques des membres supérieurs et inférieurs.

Réflexes impossibles à chercher à cause de l'agitation : signe de Babinski, en flexion des deux côtés.

Sensibilité générale normale. Pas de point ovarien.

Anesthésie cornéenne.

Réflexes pharyngés conservés.

Pas d'inégalité pupillaire.

Cœur : souffle à la base, variable : quelques irrégularités cardiaques.

Pouls régulier.

Jamais de douleurs articulaires.

Traitement. — Liqueur de Boudin.

OBSERVATION XIV

Communiquée par M. le Dr BABONNEIX.

Léonie L..., 12 ans 1 2. Entrée à l'hôpital le 25 mars 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a cinq ans des fièvres(?)

Mère bien portante.

Une autre enfant bien portante.

Antécédents personnels. — Élevée au sein de la mère usqu'à 11 mois.

Rougeole à 5 ans.

Histoire de la maladie. — L'enfant a déjà eu une première atteinte de chorée à la suite d'une émotion; elle a été soignée à l'hôpital pendant un mois.

Il y a deux mois, nouvelle rechute de chorée; le siège en est variable à chaque fois et la durée de la crise est de une à deux heures.

Les crises se produisent deux à trois fois par semaine.

Réflexes patellaires exagérés. Achilléen non perçu.

Signe de Babinski en flexion.

Anesthésie cornéenne. — Pas d'anesthésie pharyngée ni conjonctivite.

La pression des ovaires n'est pas douloureuse.

Cœur et poumons sains.

1^{er} avril. — L'enfant a eu trois crises, mais ce sont surtout des colères, car la fillette avait été contrariée par une de ses compagnes dans la journée et le soir même elle s'est mise à pleurer dans son lit et à jeter ses timbales, son oreiller et son traversin à la tête de l'infirmière de veille, puis tout est fini.

OBSERVATION XV

Due à M. le Dr BABONNEIX.

Yvonne C..., 11 ans. Entrée le 12 novembre 1906, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Trois autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme: nourrie au sein jusqu'à 14 mois.

Rougeole à 5 ans.

Coqueluche à 5 ans.

Jamais d'autres maladies. Jamais de douleurs articulaires. Pas de stigmates d'hérédo-syphilis ni de rachitisme.

Histoire de la maladie. — Au mois de juillet dernier, l'enfant a eu des vomissements, un peu de fièvre et est restée couchée pendant quatre jours. Quelques jours après, la mère a remarqué quelques mouvements choréiques.

Depuis un mois, les mouvements sont devenus plus forts.

L'enfant a toujours été nerveuse.

Etat actuel. — Enfant bien développée, de constitution assez robuste. Caractère facile.

Chorée légère au repos, mouvements incessants et irréguliers, arythmiques, étendus à tout le corps, à la tête, mouvements successifs de rotation, d'extension, de flexion de la tête sur le cou, grimaces des yeux, de la bouche et du nez.

Membres supérieurs : mouvements d'épaules. Mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras, suivi des doigts (flexion et extension).

Membres inférieurs : très peu de chose, sauf aux orteils, surtout à gauche, la marche est facile.

Pas de paralysies, ni d'atrophie musculaire. Pas de contractions fibrillaires.

Troubles nutritifs, nuls. Pas d'hyperesthésie cutanée.

Rien aux yeux.

Anesthésie cornéenne et pharyngée.

Cœur : léger souffle au-dessus et en dedans de la pointe mésosystolique, très variable.

Rythme cardiaque bon.

Poids à 88, régulier. Pas de fièvre.

Traitement par la liqueur de Boudin.

OBSERVATION XVI (*ibid.*).

Georgette P..., 8 ans. Entre à l'hôpital le 19 novembre.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère très nerveuse.

Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein jusqu'à 18 mois par la mère.

Rougeole et coqueluche à 4 mois.

Fluxion de poitrine à 3 ans. Varicelle à 3 ans 1/2.

Aucun stigmate d'hérédo-syphilis ni de rachitisme.

Depuis un an cette enfant est *très nerveuse*. De temps à autre elle présentait quelques mouvements brusques et une parésie des membres inférieurs.

Se présente avec tous les signes de la chorée vulgaire.
Évolution banale.

Réflexes rotuliens normaux, un peu vifs seulement.

Signe de Babinski négatif.

Cœur: bruits sourds. Pas de souffle.

OBSERVATION XVII (*ibid.*).

Charles F..., 16 ans 1/2, entre le 7 décembre 1906, salle Bouchut.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de 35 ans, a eu une chorée à 16 ans 1/2. Soignée à 17 ans à la Salpêtrière

par Charcot. Reste deux mois à l'hôpital. Sort guérie. A ce moment la mère enceinte de deux mois du jeune malade qui vient d'entrer dans le service.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourri au biberon.

Convulsions à 7 mois. Scarlatine à 12 ans.

Pas de stigmates d'hérédos-spécificité ni de rachitisme.

Histoire de la maladie. — Début depuis trois semaines environ. A commencé par le côté droit. La malade arrache tout et ne peut rien tenir.

Troubles de la parole.

Pas de paralysie. Réflexes tendineux généralement augmentés.

Anesthésie pharyngienne et cornéenne.

Cœur : Souffle mésosystolique au deuxième espace intercostal gauche : pas de signes de péricardite.

Yeux : Réflexes pupillaires normaux. Pupille droite un peu irrégulière.

OBSERVATION XVIII (*ibid.*).

Germaine D..., 12 ans. Entrée le 22 juillet 1907.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère bien portante.

Trois enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein.

Rougeole à 2 ans. Angine pseudo-membraneuse à un an.

Depuis huit jours elle est prise de mouvements incohérents du côté gauche sans cause apparente.

État actuel. — Mouvements choréiques légers.

Réflexes tendineux un peu vifs, plus à droite qu'à gauche.

Signe de Babinski en flexion des deux côtés.

Pas de troubles trophiques.

Pas de fièvre.

Anesthésie conjonctivale complète.

Réflexe pharyngé persiste. Pas de point ovarien.

Pas de troubles pupillaires et fond d'œil normal. Réflexes pupillaires ne sont pas troublés.

Cœur: Souffle mésosystolique doux à l'orifice aortique.

OBSERVATION XIX (*ibid.*).

Jeanne V... 14 ans 1/2. — Entrée le 22 juillet 1907, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une *maladie de cœur*.

Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourrie au sein par la mère.

Rougeole à deux ans. Varicelle à 4 ans. Jamais d'arthropathie.

Depuis quinze jours, elle présente des mouvements incohérents de tout le corps.

État actuel: Chorée de moyenne intensité.

Réflexes sont un peu diminués.

Signe de Babinski en flexion.

Anesthésie cornéenne.

Pas de fièvre.

Rien au cœur.

OBSERVATION XX (*ibid.*).

Henriette B..., 12 ans 1/2. Entrée le 27 mai 1907.

Antécédents héréditaires. — Père a eu une *maladie nerveuse* à la suite d'un accident.

Mère bien portante. Grand'mère aurait eu de l'*exophthalmie*.

Six frères et sœurs.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein, puis au biberon.

Rougeole à 7 mois.

Rhumatisme à 11 ans.

Enfant très impressionnable.

Histoire de la maladie: A la suite d'une réprimande l'enfant est pris de mouvements nerveux des bras, des mains, et de la langue.

Ces mouvements ont été en s'accroissant pendant trois ou quatre jours, puis ont diminué.

Un médecin appelé ordonne des lotions froides, du bromure et de l'antipyrine.

État actuel. — L'enfant ne peut marcher. Arrive à l'hôpital en ambulance.

Chorée très intense, et généralisée.

Réflexes tendineux paraissent normaux. Difficiles à rechercher. Pas de Babinski.

Anesthésie conjonctivale complète. Anesthésie pharyngienne.

Rien dans la gorge.

Pas de douleurs articulaires.

Cœur : Eréthisme cardiaque.

Souffle au premier temps à la pointe, rude, râpeux, systotique, se propageant dans l'aisselle.

Traitement : Enveloppement frais. Liqueur de Boudin.

Aucune modification de fond de l'œil. Réflexes pupillaires bien conservés, peut être légère inégalité pupillaire (pupille droite un peu plus petite), mais cette inégalité peut être physiologique.

Exophtalmie légère, mais aucun autre signe de la maladie de Basedow.

OBSERVATION XXI (*ibid.*).

Jeanne B..., 11 ans, entrée le 1^{er} juillet 1907, salle

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, bien portant.

Mère bien portante.

Trois frères et sœurs bien portants, mais excessivement nerveux.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein.

A 3 mois, *méningisme*.

A 8 mois, coqueluche, rougeole à la suite.

Enfant très susceptible, pleurant et riant pour rien.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, les parents remarquent que son bras gauche est inhabile et que l'enfant ne s'en sert pas, et qu'elle le maintient pour empêcher les mouvements de se produire.

Les mouvements sont incoordonnés.

L'enfant a pris des douches pendant deux mois et du bromure pendant huit jours et s'est trouvée guérie.

Les mouvements sont recommencés il y a trois semaines, sans cause appréciable ; ils sont généralisés à tout le corps.

Etat actuel. — Troubles moteurs prédominants au niveau des membres supérieurs, mais peu de chose aux membres inférieurs et à la face, ne persistent pas pendant la nuit.

Ces mouvements sont irréguliers, imprévus, tout à fait choréiques, pas de troubles du côté de la marche.

La sensibilité paraît conservée, pas d'hémianesthésie.

Anesthésie cornéenne. — Pas de zone ovarienne.

Réflexes tendineux normaux.

Signe de Babinski douteux.

Aucun signe de paralysie.

Pas de réaction méningée, émotivité extrême.

Rien au cœur.

Pas de fièvre.

OBSERVATION XXII (*ibid.*).

Résumé d'une communication à la *Revue neurologique*, par M. Charpentier en 1906.

Sujet âgé de 12 ans qui, à la suite d'une infection rhumatismale aiguë, fut atteint, en octobre 1906, de chorée de Sydenham. Le malade est actuellement en voie de guérison. Les mouvements désordonnés étaient généralisés, avec prédominance du côté droit, et le malade présentait les modifications de caractère qui sont fréquentes chez les choréiques. Les réflexes rotuliens et achilléens ainsi que ceux du triceps brachial ont toujours été égaux des deux côtés : mais on constate le *signe de Babinski*, une extension

des orteils très nette au pied gauche, tandis qu'à droite le réflexe cutané plantaire est normal, en flexion.

« Ce fait est à rapprocher des observations où M Babinski a trouvé *le mouvement réflexe combiné de la cuisse et du bassin* et prouve que dans la chorée de Sydenham il existe une perturbation du faisceau pyramidal. »

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Des deux formes que peut prendre la chorée, forme rythmique et forme arythmique, il est incontestable que le diagnostic de la première est assez facile : il est tellement classique et par conséquent conforme à la réalité des faits de voir la chorée de Sydenham revêtir les allures de mouvements désordonnés, illogiques, arythmiques en un mot, car c'est là sa caractéristique, que le diagnostic de chorée d'origine hystérique s'impose quand celle-ci prend une cadence particulière, un rythme spécial, tout mouvement désordonné, devenant à la suite d'un événement quelconque, (frayeur, émotion par exemple), rythmé, nous voulons dire se répétant toujours pareil à lui-même dans toutes les circonstances, doit mettre sur la voie du diagnostic ; et de fait, si dans les quelques observations que nous avons citées au cours de notre travail, nous recherchons les stigmates de l'hystérie, nous les trouvons toujours avec

une grande netteté. Bien plus, les grandes attaques convulsives peuvent succéder à des mouvements choréiques rythmés et réciproquement : l'une supplée à l'autre, de sorte qu'on peut dire avec Charcot « que la chorée rythmique n'est qu'une attaque d'hystérie transformée ».

Mais lorsque sur un individu présentant les mouvements caractéristiques de la chorée de Sydenham, nous retrouvons des signes manifestes d'hystérie, des stigmates de la grande névrose, doit-on dire que la chorée est d'origine hystérique. La question est des plus délicates et les opinions des auteurs ont été de tout temps partagées, les uns tenant pour l'origine hystérique dans tous les cas, les autres avec Germain Sée, Cadet de Gassicourt adoptant l'origine rhumatismale : en fait, la ligne de démarcation n'est pas très nette et dans bien des cas l'affirmation d'un diagnostic ferme n'est rien moins qu'aisée.

Sur quels signes donc devons-nous nous baser pour dire que la chorée est d'origine hystérique, quand elle affecte les caractères assignés à la danse de Saint-Guy.

Il faut tout d'abord interroger très attentivement les antécédents héréditaires et personnels du malade : nous devons faire une enquête très minutieuse pour savoir si l'enfant est originairement taré, s'il est un dégénéré, issu d'une souche soit nerveuse, soit alcoolique et ce sera déjà un gros appoint. Dans les observations que nous avons rapportées dans notre travail, nous voyons très souvent que le père ou la

mère, les deux quelquefois, sont des nerveux ou des alcooliques et ont engendré toute une famille de nerveux : dans une de nos observations (obs. XVII) la mère avait eu elle-même une chorée, pour laquelle elle avait été soignée autrefois à plusieurs reprises. Mais il n'est pas nécessaire que l'hérédité soit similaire et nous voyons dans l'observation XX que la grand-mère avait eu une exophtalmie d'origine nerveuse, ce qui fait présumer qu'elle était atteinte de maladie de Basedow.

Il faut ensuite faire l'étude des antécédents personnels, qui fera reconnaître chez le choréique hystérique les accidents névropathiques si variés et si fréquents de l'hystérie infantile : terreurs nocturnes, céphalées, crises de palpitations de cœur, toux coqueluchoïde, accès de somnambulisme, vomissements incoercibles, incontinence nocturne d'urine ; l'enfant aura pu avoir de nombreux accidents nerveux, des convulsions dans son tout jeune âge ; son caractère est très irritable, son humeur est changeante, variable ; tout enfant, elle a des caprices qui doivent être rapidement contentés ou bien elle a de véritables accès de colère ; un peu plus âgée, l'enfant est très impressionnable, sa sensibilité est d'une extrême vivacité, elle met à satisfaire ses fantaisies une ruse et une ténacité que l'on ne rencontre pas chez les enfants de son âge ; elle a des crises de larmes, de pleurs.

Le mode de début présente une très grande valeur diagnostique ; il n'est pas douteux, et cette notion est à peu près généralement admise, que dans certains

cas l'influence des émotions sur la motilité existe dans la chorée de Sydenham, mais à un degré beaucoup moindre que dans la chorée hystérique: le plus souvent, la chorée de Sydenham a un début insidieux, une allure plus tranquille: elle s'installe progressivement, se localise d'abord sur une partie du corps pendant un certain temps, puis envahit par la suite tous les autres segments du corps; la famille s'aperçoit que l'enfant devient maladroit, qu'elle tient mal les objets qu'on lui tend et peu à peu elle marche mal, elle se heurte aux moindres obstacles de la route, et finalement le corps tout entier est pris de mouvements incohérents, désordonnés et la maladie est constituée; d'autres fois l'enfant grimace, sa figure a brusquement une contorsion; elle a des haussements d'épaules fréquents et involontaires; puis tout s'arrête là pendant un certain temps et finalement les mouvements illogiques s'étendent aux membres supérieurs et aux membres inférieurs; la chorée hystérique au contraire est *brusque* et c'est là, nous pensons, un caractère très important; c'est à la suite d'une émotion que s'installent d'emblée ou très peu de temps après les mouvements choréiques: une enfant perd son grand-père, elle en ressent un chagrin très vif, elle est prise quelques jours après de mouvements choréiques généralisés, très intenses (obs. II); c'est à la suite d'une frayeur que débute la chorée (obs. I), c'est à la suite d'une réprimande que l'enfant est prise de mouvements nerveux du bras ou de l'avant-bras (obs. XX).

Le prétexte le plus futile suffit pour déclancher , pour ainsi dire, l'appareil nerveux mal équilibré de ces enfants ; « en plus, il est rare de voir dans la chorée de Sydenham comme dans la chorée hystérique, ces arrêts presque complets des mouvements sous l'influence de l'attention, ces variations brusques en plus ou en moins qui, si l'on y fait attention, font pressentir l'hystérie ».

Mais il est d'autres signes bien plus importants qui doivent faire penser à l'hystérie, lorsqu'on se trouve en présence d'une chorée arythmique ; ce sont ces petits signes, ces stigmates permanents de la grande névrose, qui, pris en bloc, ont une signification capitale et constituent la preuve manifeste qu'on se trouve en présence de l'hystérie. Il faut rechercher ces petits symptômes qui font balancer le diagnostic et qui, s'ils peuvent mettre sur la voie, font hésiter aussi le médecin pour rattacher l'affection à telle ou telle origine.

L'ovarie que, dès 1886, signalait Marie chez les choréiques qu'il observait, n'est-elle pas un symptôme essentiel de l'hystérie et même un moyen thérapeutique ; il suffit de presser sur la région ovarienne pour provoquer une crise convulsive, comme aussi il n'y a qu'à presser sur cette même région pour arrêter instantanément une crise qui a commencé. Cette ovarie, cette pression douloureuse ovarienne, si elle n'existe pas dans nos propres observations, nous la trouvons notée dans les observations VI, VII et VIII.

Les troubles de la sensibilité sont fréquents chez

les choréiques arythmiques et ce sont même les points les plus caractéristiques que nous rapportons dans nos observations : chez la plupart de nos fillettes en effet, nous retrouvons de l'anesthésie dans les régions que l'on a l'habitude de rechercher dans l'examen des malades, *anesthésie cornéenne*, *anesthésie pharyngée*. Certains auteurs cependant ont nié la valeur de ce dernier signe : l'anesthésie se trouverait, d'après eux dans la moitié des cas chez les gens sains et par conséquent ne doit pas entrer en ligne de compte dans le diagnostic des deux affections ; dans l'observation V, on découvre « une vaste plaque d'anesthésie couvrant tout le creux épigastrique, la région antérieure de la poitrine et plusieurs autres plaques noires étendues sur tout le corps ».

L'âge et le sexe, d'après certains auteurs, pourront donner des présomptions et aider au diagnostic, la chorée arythmique hystérique se rencontrant particulièrement chez les garçons à l'âge de 18 ans et chez les filles à l'âge de la menstruation.

De tout cela ne résulte-t-il pas que le diagnostic entre l'hystérie et la chorée vraie est très souvent délicat et qu'on ne doit rien négliger pour essayer d'établir ce diagnostic et les petits moyens doivent être mis en œuvre pour dépister la grande névrose. Tout, ici, a une valeur, et si aucun symptôme en particulier ne doit assurer le diagnostic, du moins doit-il éveiller l'attention et inciter à rechercher le faisceau de preuves qui constitueront le syndrome au

complet. Aucun détail d'observation, si futile qu'il puisse paraître, ne devra être omis, car, comme le dit Pitres, « dans certains cas de diagnostic difficile, une fleur coquettement placée dans les cheveux du malade, un ruban, artistement noué au tour de leur cou, ont presque la valeur de signes révélateurs de l'hystérie. »

On doit tenir aussi grand compte du traitement et il est certain qu'il peut révéler la nature hystérique ou non de l'affection : que ferait l'arsenic dans les cas d'hystérie, à moins qu'il ne soit en l'espèce un traitement psychique (car dans l'esprit du public l'arsenic guérit de tous les maux), alors qu'il est incomparablement le traitement de choix dans la chorée vraie.

Mais doit-on considérer la chorée, arythmique ou non, comme une forme de l'hystérie et en faire comme certains auteurs la *forme juvénile de l'hystérie* ou bien en faire simplement, comme le voudraient certains auteurs, une forme pure et simple de l'hystérie, toujours sous sa dépendance. Sans doute que non, et la pathogénie rhumatismale trouve une ample moisson de faits à opposer à la théorie exclusivement hystérique.

Si, en effet, nous puisons dans nos seuls observations recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades nous voyons que souvent, dans ses antécédents plus ou moins lointains, l'enfant a des attaques rhumatismales. Dans l'observation IX, notre fillette a été atteinte de rhumatisme léger, il est vrai, sans gonflement

notable des articulations, et, à la suite de douleurs musculaires, des mouvements choréïques se sont immédiatement montrés. Dans l'observation X une attaque de chorée a précédé les douleurs articulaires, puis aurait cessé ; une nouvelle attaque rhumatismale légère aurait précédé, une seconde fois, la chorée. Dans l'observation XI, une première attaque de chorée a été suivie de douleurs articulaires légères puis une deuxième attaque de chorée suivie de nouveau de douleurs articulaires. Dans l'observation XII, les douleurs rhumatismales et articulaires ont été suivies de mouvements choréïques, généralisés, très intenses ; de plus il y eut endocardite avec souffle systolique d'insuffisance mitrale. Dans l'observation XVIII, nous relevons dans les antécédents de la malade une maladie de cœur dont souffrait le père : la fillette elle-même avait eu des rhumatismes et une affection cardiaque (insuffisance mitrale).

Ainsi donc le rhumatisme peut précéder, suivre ou accompagner la chorée ; ne peut-on pas dire avec autant de raison que pour l'hystérie, qu'il peut y avoir suppléance de l'une et l'autre affections, le rhumatisme précédant ou suivant la chorée ; on serait en tous cas tenté de le supposer, il y a le plus souvent en même temps affection cardiaque, insuffisance mitrale dans nos cas. Or, si nous ne connaissons pas encore aujourd'hui le microbe spécifique du rhumatisme, il est certain que celui-ci est une affection septicémique, se généralisant à tout l'organisme, maladie *totius substantiæ* et s'il se localise de pré-

férence aux séreuses et surtout aux séreuses articulaires, il n'en est pas moins vrai qu'il imprègne tout l'organisme de ses toxines et la preuve en est qu'il s'accompagne toujours d'une fièvre très élevée, d'une anémie profonde, d'endocardite sévère, qu'il peut atteindre tous les organes et puisqu'il en est ainsi, puisqu'il exerce son action nocive sur tout l'organisme, pourquoi ne pourrait-il pas donner naissance à cette manifestation névrosique, mal déterminée, qu'est la chorée.

De ce que la chorée coïncide avec le rhumatisme assez souvent, il ne s'ensuit pas qu'il y ait entre ces deux affections un rapport de cause à effet et que la chorée soit avant tout une manifestation rhumatismale pouvant être ou ne pas être accompagnée d'autres manifestations de cette diathèse. On ne peut pas nier que la chorée ne se développe quelquefois, et nos observations en font foi, souvent même, chez des enfants de rhumatisants, rhumatisants eux-mêmes ou qui le deviennent dans la suite, que les rhumatisants constituent un terrain favorable pour la chorée.

Seule évidemment la microbiologie pourrait nous donner la chef de l'énigme ou du moins faire avancer ce problème de pathogénie ; un avenir plus ou moins rapproché, en nous montrant que le rhumatisme est bien une maladie microbienne, et peut engendrer comme conséquence une infection généralisée du système nerveux, sans localisation précise ni substratum anatomique il est vrai.

Il est en tout cas de notion courante que le rhu-

matisme, maladie aiguë, détermine très fréquemment, pour ne pas dire toujours, une endocardite ou une péricardite et que la plupart des cardiopathies sont sous la dépendance du rhumatisme, d'autre part il ne s'est jamais vu que l'hystérique ait donné naissance à des affections du cœur: comment donc expliquer la coïncidence assez fréquente, chez nos choréiques (puisque'il y a une proportion de 2 sur 13) de rhumatisme, d'insuffisance mitrale et de mouvements illogiques, arythmiques.

D'un autre côté la fièvre qui existe toujours, et très violente, dans une attaque de rhumatisme aigu, n'indique-t elle pas une réaction générale de l'organisme contre l'infection, n'est-elle pas un moyen de défense contre l'envahissement de celle-ci; certes, on sait bien que l'hystérie peut donner de la fièvre et on a décrit une fièvre hystérique, mais si la fièvre reste isolée, ne s'accompagne d'aucun autre stigmate d'hystérie ou de crises convulsives, comment pouvoir la rattacher à l'hystérie?

D'autre part dans nos observation nous avons noté que les réflexes étaient la plupart du temps exagérés: or, nous ne pensons pas que l'hystérie détermine l'exagération des réflexes; et cette exagération serait manifestement sous l'indépendance d'une affection organique et indiquerait une atteinte du système moteur.

D'un autre côté M. le Dr Babinski a noté et fait connaître comme diagnostic différentiel de l'hystérie et des affections organiques un signe très spécial dit:

« signe du gros orteil » et qui ferait rejeter aussitôt l'idée d'hystérie ; ce signe a été négatif dans toutes nos observations. Mais dans l'observation XXI, le réflexe des orteils a été retrouvé très net et ce signe a une très grosse valeur, puisque M. Babinski lui-même ajoute : « Je ne l'ai jamais observé dans l'hystérie, que cette névrose se fût manifestée par des troubles de la motilité à forme hémiplégique ou à forme paraplégique, par de la paralysie flasque ou par de la contracture. »

Mais il est un autre signe indiqué par M. Babinski pour la différenciation des affections organiques avec l'hystérie et voici comment s'exprime cet auteur : « J'ai observé chez un assez grand nombre de sujets atteints de chorée de Sydenham la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*. Je l'ai constatée dans certains cas où la chorée était à peu près égale des deux côtés : parfois alors le phénomène se manifeste d'un côté quand le malade passe de la position horizontale à la position assise, et du côté opposé lorsque le malade exécute le mouvement inverse. Mais c'est surtout dans les cas de chorée prédominant notablement d'un côté du corps, dans des cas d'hémichorée, que j'ai eu l'occasion de l'observer avec le plus de netteté et cette flexion se produit du côté où prédominent les mouvements involontaires. Généralement ce phénomène s'atténue et disparaît en même temps que les mouvements choréiques, et il est par conséquent étroitement lié à la maladie : or, si l'on se rappelle que ce trouble constitue un des signes objec-

tifs les plus communs de l'hémiplégie organique, qu'il fait défaut dans les paralysies psychiques, on peut considérer ce signe comme permettant de distinguer dans certains cas la chorée de Sydenham de la chorée hystérique et on a là un fait, qui, sans avoir une valeur décisive, vient à l'appui de cette opinion que la chorée est une affection organique intéressant le système pyramidal. »

Ne pourrait-on pas ajouter comme différence entre la chorée et l'hystérie, que celle-ci ne guérit jamais ; c'est une tare nerveuse que la malade conserve toute sa vie ; l'hystérique est à la merci de son système nerveux, irritable à l'excès. Or, si la chorée ne guérit pas toujours complètement, du moins sous l'influence d'un traitement approprié, s'améliore-t-elle rapidement et si les récidives sont fréquentes sous l'influence de nouvelles poussées articulaires, elles peuvent être très espacées et ne laisser aucun stigmate physique ou mental, à moins toutefois de chorée généralisée, très intense.

De toute cette discussion, que conclure ? Des arguments indéniables plaident pour la théorie rhumatismale, d'autres sont en faveur de l'hystérie :

La chorée rythmique est, indiscutablement, sous l'influence de l'hystérie, mais si elle peut prendre les allures d'une chorée arythmique, ne résulte-t-il pas de l'observation des faits que les mouvements de chorée, succédant à une poussée de rhumatisme ou les précédant sont sous la dépendance d'une même infection, localisant son action, à la fois et successi-

vement ou même simultanément sur le système nerveux comme elle peut la localiser sur le système sous-cutané, et ne connaît-on pas du reste les encéphalopathies d'origine rhumatismale, le rhumatisme cérébral.

Mais entre ces opinions exclusives, n'y a-t-il pas place pour une opinion mixte : peut-être doit-on être éclectique. Chorée et hystérie ne peuvent-elles pas coexister sur le même individu ? Y a-t-il antagonisme entre ces deux névroses ?

Une hystérique n'échappe pas aux affections organiques ; et que dira-t-on lorsqu'une attaque de rhumatisme suivie de mouvements arythmiques atteindra une hystérique : devra-t-on mettre la chorée sous l'influence du rhumatisme ou de l'hystérie : laquelle aura engendré la chorée ?

Il y a quelquefois mélange des deux classes de symptômes : choréiques et hystériques, nous aurons donc dans certains cas, non pas des modifications des symptômes de la chorée, mais juxtaposition des symptômes de chacune des deux affections, sans altération de ces symptômes. Ne peut-on pas admettre alors la coexistence des deux maladies chez le même individu. Cette hypothèse n'est pas invraisemblable et plusieurs maladies du système nerveux ne peuvent-elles pas se développer côte à côte : paralysie générale et tabes se trouvent fréquemment ensemble et il y a souvent intrication des deux symptomatologies chez le même malade : la syphilis ne peut-elle pas coexister avec l'hystérie ?

« Il existe entre la chorée et l'hystérie une grande parenté de même qu'entre la chorée et le rhumatisme de même encore qu'entre le rhumatisme et l'hystérie. Il y a entre ces trois termes une affinité qu'on peut expliquer par la diathèse arthritique. On trouve la chorée chez les fils ou les filles des rhumatisants on y trouve l'hystérie. L'arthritisme est héréditaire comme sous toutes ses formes. »

Cette opinion mixte exprimée par Charcot est vraisemblable : il peut y avoir intrication sur le même sujet des deux névroses. Certains auteurs cependant tendent de plus en plus à faire de la chorée de Sydenham une affection organique et le signe de Babinski, la flexion combinée de la cuisse et du tronc, ces deux symptômes si précieux dans la différenciation des affections organiques et de l'hystérie, se retrouvent dans la chorée de Sydenham et le « signe du gros orteil » est considéré comme l'expression clinique d'un processus irritatif ou d'une lésion de la voie motrice du système cérébro-spinal. D'autre part certains auteurs ont décrit l'anatomie pathologique de la chorée et voici comment s'exprime Hudovernig dans la *Revue neurologique* de 1903 :

« Je considère ces corpuscules comme *caractéristiques de la chorée*, quoiqu'ils manquent dans certains cas, les cas légers : ils seraient la manifestation d'un processus particulièrement grave dépendant apparemment d'une infection : ils seraient de nature colloïde. Leur abondance dans le bulbe et la protubérance au

niveau des voies pyramidales donne à croire à une action irritative sur cette catégorie de faisceaux et les mouvements choréiformes seraient une manifestation de cette irritation, plutôt que d'une lésion des ganglions centraux. Ces corpuscules de la chorée sont des masses arrondies ou ovales, sans structure, homogènes, se trouvant au voisinage des vaisseaux ou dispersés dans les tissus. »

Peut-être, à mesure que la technique histologique se perfectionnera, les auteurs pourront assigner une localisation exacte et précise dans le système nerveux cortical aux lésions microscopiques de la chorée, mais on doit la considérer encore comme une nécrose, c'est-à-dire sans substratum anatomique.

En tous cas, si des observations ultérieures confirment la présence dans la chorée du réflexe des orteils et de la flexion combinée de la cuisse et du tronc, on peut penser que celle-ci est d'origine organique et que du moins ces deux signes différencient nettement la chorée de l'hystérie.

CONCLUSIONS

1° La chorée et l'hystérie ont des rapports indiscutables : fond commun d'hérédité, alternance ou combinaison des deux affections, etc.

2° Il peut y avoir coexistence de chorée et d'hystérie, les deux névroses évoluant simultanément pour leur propre compte chez le même individu.

3° L'hystérie peut survenir soit dans le cours de la chorée, soit à la suite de la chorée et imprimer à celle-ci une allure particulière : au lieu des mouvements irréguliers, désordonnés, arythmiques de la chorée vulgaire, les mouvements deviennent rythmiques, affectant une cadence spéciale, avec plusieurs variétés : type saltatoire, type malléatoire, type natatoire : c'est la *chorée hystérique proprement dite*, bien décrite par tous les auteurs.

4° L'hystérie peut revêtir les caractères fondamentaux de la chorée de Sydenham avec mouvements arythmiques, irréguliers, désordonnés : c'est la *chorée hystérique arthritique* ressemblant de tous points à la chorée vulgaire.

5° Le diagnostic entre ces deux névroses doit se faire dans trois conditions différentes :

α Cas où la chorée vraie est indiscutable : il n'y a ni anesthésie cornéenne, ni anesthésie pharyngée, ni rétrécissement du champ visuel, ni ovarie : en revanche il y a des antécédents de rhumatisme, il y a une affection cardiaque concomitante, insuffisance mitrale ou péricardite ;

δ Cas où la chorée hystérique existe : il y a des stigmates d'hystérie : hémianesthésie, anesthésie pharyngée et cornéenne, ovarie et aucune trace de rhumatisme, etc., la chorée est alors d'origine hystérique.

γ Cas intermédiaires où le diagnostic est délicat entre la chorée vraie et la chorée hystérique, c'est quand il y a une affection avec mouvements illogiques, arythmiques, simulant la chorée de Sydenham et qu'il existe en même temps des stigmates d'hystérie : il faut alors penser à une association sur le même sujet des deux névroses.

Vu : le Président de la thèse

HUTINEL

Vu le Doyen :

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUBRY. — Rapports de la chorée avec l'hystérie et en particulier de la chorée rythmée consécutive à la chorée de Sydenham. *Thèse de Toulouse*, 1902-1903.
- AUCHÉ. — De la chorée hystérique arythmique. *Progrès médical*, 5 décembre 1891.
- BARJON. — Revue des maladies de l'enfance, 1903. p. 136.
- BLOCO. — Article *Chorée* in *Traité de médecine Charcot-Bouchard-Brissaud*, t. VI.
- BOUCHUT. — Clinique des Enfants Malades. Chorée monoplégique p. 241.
- BRUHEL. — Traitement des chorées. *Thèse de Paris*, 1906.
- BRISAUD. — *Revue de Neurologie*, 30 juillet 1898.
- CADET DE GASSICOURT. — *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 1882, t II.
- CHARCOT. — De la chorée rythmique hystérique, *Progrès médical*, 1878.
- Leçons sur les maladies du système nerveux, 1880, 4^e édit. p. 386.
 - Tremblements, mouvements choréiformes et chorée rythmée. *Progrès médical*, 28 mars 1885.
 - Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1887-1888-1889.
- COMBY. — Étiologie et nature de la chorée. *Société médicale des hôpitaux*, 29 mai 1891.
- DEBOVE ET PIERRE MARIE. — *Société médicale des hôpitaux*, Séance du 10 octobre 1890.

DÉJERINE. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux.
Thèse d'agregation 1886.

D'ESPINE ET PICOT. — Traité des maladies de l'enfance.

HERRINGHAM. — Société royale de médecine et de chirurgie de
Londres, 1888. Analyse dans *Semaine médicale*, 1889.

HOCQUET. — Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie
Thèse Paris, 1887-1888.

HORCHOLLE. — Contribution à l'étude de la chorée rythmée. *Thèse
Paris*, 1887-1888.

JOFFROY. — Nature et traitement de la chorée. *Progrès médical*,
30 mai 1885.

— Chorée rythmée consécutive à une chorée de Sydenham.
Société médicale des hôpitaux, 30 avril 1891.

LANNOIS. — Nosographie des chorées *Thèse d'agregation* 1886

LAVERAN. — Au sujet de la chorée hystérique. *Société médicale
des hôpitaux*, 12 juin 1891.

LEROUX. — Articles *Chorée* in Traité des maladies de l'enfance de
Grancher et Comby, t. IV.

MARIE. — Note sur l'existence de l'ovarie dans la chorée de Sydenham. *Progrès médical*, 16 janvier 1886.

MORELLI. — *Revue neurologique*, 1904, p. 606.

ODDO. — Étude des réflexes tendineux dans la chorée de Sydenham. *Gazette des hôpitaux*, 30 octobre 1900.

OLLIVIER. — Leçons cliniques, limites symptomatique de la chorée et de l'hystérie, p. 181.

RAYMOND. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,
articles *Danse de Saint-Guy*.

SARIC. — Nature et traitement de la chorée. *Thèse Paris*, 1885.

SÉE (G). — *Mémoire à l'Académie de Médecine*, 1850, t. XIV,
p. 343.

SONNEVILLE. — Chorée arhythmique hystérique. *Thèse de Lille*,
1900-1901.

TRIBOULET. — Article *Chorée* in Traité de médecine de *Brouardel et Gilbert*.

TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. I, p. 372.

VOGEL. — Maladies des enfants.